

Anexo I NORMAS OPERATIVAS OSPICA

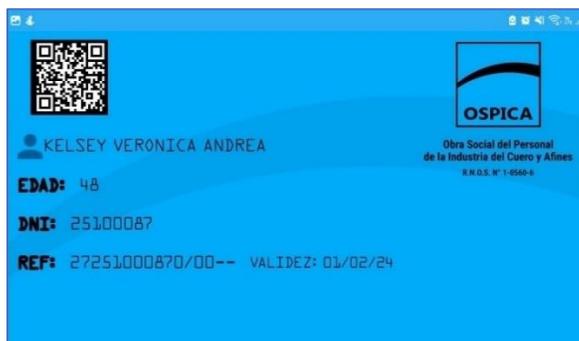
Las normas de Facturación son las establecidas por el Nomenclador Nacional en prácticas médicas

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO.

Los afiliados que requieran atención médica deben presentar:

- Credencial de Afiliado/a de la Obra Social.
- Documento de identidad.
- Alta en el sistema Fol2PM

MODELO DE CREDENCIAL



Prestaciones Autorizadas en el sistema Fol2PM

En el Anexo II se indican las prestaciones habilitadas en el sistema Fol2PM el resto de las prestaciones serán autorizadas por **OSPICA**

Prestaciones NO Autorizadas en el sistema Fol2PM.

La autorización debe solicitarse con la orden médica. **OSPICA** dispone del siguiente formulario para autorizar prestaciones no habilitadas en el sistema Fol2PM

| Codigo | | Descripcion | | Cantidad | Estado |
|--------|--|----------------------|--|----------|------------|
| 420199 | | CONSULTA EXTRACAPITA | | 1 | AUTORIZADO |

Observaciones: SE AUTORIA CONSULTA MEDICO CLINICO. COSEURO A CARGO DEL AFILIADO \$1550.-

Prestador Autorizado para realizar la orden: 10251 - SAN BERNARDO SALUD SRL

A. NORMAS GENERALES DE FACTURACION

- 1) Toda prescripción de prácticas deberá contener (con letra legible) el diagnóstico y /o síntomas.
- 2) Las cirugías programadas no deberán contener fecha determinada y deberá solicitarse autorización previa y fecha a OSPICA, los estudios pre quirúrgicos solo podrán indicarse una vez que se haya autorizado la cirugía.
- 3) Las internaciones de urgencia y los partos y cesáreas deberán comunicarse dentro de las 24 hs. hábiles de ocurridas.

4) En el caso de embarazo de menores de edad solteras, adherentes de su progenitor, deberá recordarse que la única cubierta en el embarazo, parto y puerperio es la adherente y no su hijo desde el mismo momento del nacimiento, por lo que en caso de requerir Neonatología estará a exclusivo cargo de la paciente y/o el titular.

5) La medicación ambulatoria se prescribirá exclusivamente por genéricos según ley y dentro del vademécum de cada Obra Social.

6) Que toda practica solicitada fuera del PMO deberá justificarse mediante resumen de historia Clínica y estudios previos, para evaluación y posterior autorización de Auditoria Medica de OSPICA

OBLIGACIONES DEL PRESTADOR

PRÁCTICAS AMBULATORIAS

1. Para las practicas que no se autorizan por Fol2PM, se debe identificar al paciente por medio de su documento de identidad y carnet de Obra Social de modo que sus datos se correspondan con los que contiene el bono presentado.
2. Verificar que las órdenes de práctica/ internación tengan autorización de OSPICA
3. En caso de enmiendas o errores, las modificaciones deberán salvarse con la misma tinta, letra, firma y sello del profesional que firmó la prestación.
4. Las órdenes de presentación tienen una vigencia de 30 días para su efectivización (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica)
5. Los pedidos de autorización de prácticas deberán contener:
 - a) Nombre y Apellido del paciente
 - b) N° de afiliado, DNI.
 - c) Sexo
 - d) Edad
 - e) Diagnóstico y/o sintomatología
 - f) Prácticas solicitadas
 - g) Firma y sello medico
6. Las prestaciones se deben facturar en un plazo de 90 días. Por ejemplo: según cronograma, con fecha de presentación octubre, se puede facturar prestaciones de julio/agosto/septiembre.

B. NORMAS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

CONSULTAS AMBULATORIAS

Se podrán realizar hasta 2 consultas por beneficiario y por mes por un mismo prestador. En caso de requerir una tercera consulta deberá anexarse un resumen de Historia Clínica que la justifique.

De superar esos límites se requiere autorización previa de nuestra Gerencia / Auditoria Médica.

Quedan exceptuadas de esta norma las consultas de Urgencia en la Guardia (con diagnóstico que las justifique) y las de pacientes con descompensaciones de Patologías crónicas y/o graves en tratamiento con especialistas, en cuyo caso solo se deberá adjuntar resumen de Historia Clínica que las justifique.

PRÁCTICAS

Autorizaciones previas y excepciones.

En todos los casos la aprobación final queda supeditada a la Auditoría Médica y Técnica de la Facturación.

INTERNACIONES PROGRAMADAS

Todas las autorizaciones se harán, sólo por 24 y/o 48 hs. según el caso.

No podrán programarse sin la evaluación previa de la Auditoría Médica. Las solicitudes de internación programadas deberán hacerse con no menos de 10 días de anticipación. En las mismas deberá constar: Apellido y Nombre del afiliado, número de afiliado, diagnóstico, fecha de internación, nombre del sanatorio y fecha probable de alta y/o cantidad de días de

estadía, además deberán tener la firma y sello del profesional que indica la internación. En este punto se reitera que no podrán indicarse estudios pre-quirúrgicos hasta que se autorice la correspondiente cirugía programada.

INTERNACIONES DE URGENCIA:

Deberán ser denunciadas vía mail (autorizaciones@ospica.org o auditoriamedica@ospica.org.ar o prestaciones@ospica.org.ar) de 9 a 18 hs. La gestión de las internaciones de días hábiles después de las 18 hs. y de Sábados Domingos y Feriados se comunicarán el primer día hábil inmediato a las 9 hs. La autorización se otorgará por 24 o 48 hs.

Toda internación de urgencia deberá cumplimentar todos los requisitos para la internación programada, pero dentro de las 24 hs. hábiles posteriores al ingreso del paciente.

INTERNACIONES EN UCO / UTI: Si un paciente es traspasado a UTI – UCO deberá ser comunicado siguiendo las pautas establecidas para las internaciones de urgencia.

PRORROGAS: Deberán solicitarse antes del vencimiento de la última orden y en todos los casos deberá emitirse un claro resumen de Historia Clínica, que justifique el pedido.

El auditor médico de terreno de OSPICA está autorizado a firmar prórrogas sin situ. No se reconocerán días de internación no autorizados, previa y oportunamente.

ACLARACIÓN SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS

- Deberán ser legibles y estar completas
- No podrán contener diagnósticos con siglas y/o epónimos
- Deberán indicarse en cada día de evolución los signos vitales del paciente.
- Deberán contener una epicrisis
- En el caso de cirugía:
 - Parte quirúrgico
 - Hoja de anestesia
 - Informe de Anatomía Patológica (en las cirugías de exéresis) según se indica en la Res.213 / 97 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

- En el caso de partos y cesáreas, además:
 - Hoja de Neonatología (con impresión plantar del bebe), e impresión digital de la madre y evolución diaria del recién nacido correspondiente a la internación conjunta con la madre.
 - Incluir el estado del bebe en la epicrisis de la madre (aunque el niño no hubiera sido patológico)